

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GT-SINAN**

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO

DICIONÁRIO DE DADOS - SINAN NET - Versão 4.0

AGRAVO: BOTULISMO

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
31. Data da Investigação	dt_investigacao	DATE		Data em que ocorreu a investigação – informar a Data da 1ª visita ao paciente	Campo obrigatório Data da investigação > ou = Data da notificação	DT_INVEST
32. Ocupação	co_cbo_ocupacao	VARCHAR(6)		Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio)		ID_OCUPA_N
33. Data do 1º atendimento	dt_atendimento	DATE		Data do 1º atendimento médico do paciente em posto de saúde, unidade	Campo essencial Data do 1º atendimento > =	DTATEND

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				de saúde ou hospital.	Data de primeiros sintomas.	
34. N° total de atendimentos até a suspeição clínica	nu_atendimento	NUMBER(4,0)		Informar o N° total de atendimentos até a suspeição clínica de botulismo. Caso não haja atendimento médico, informar 0 (zero) atendimentos	Campo essencial	NUATEND
35. Data da suspeição clínica	dt_suspeicao	DATE		Informar a data da suspeição clínica	Campo essencial Data da suspeição clínica > = Data de primeiros sintomas	DTSUSPEIC
36. Ocorreu Hospitalização	st_ocorreu_hospitalizacao	VARCHAR(1)	1 – Sim 2 – Não 9- Ignorado	Informar se o paciente foi internado	Campo obrigatório Se categoria = 2- Não ou 9 - ignorado, pular para o campo 42 (Sinais e Sintomas Febre) desabilitando os campos 37 (Data da Internação), 38 (Data da Alta Hospitalar), 39 (UF do Hospital), 40 (Município do Hospital) e 41 (Nome do Hospital).	STHOSPITAL
37. Data da Internação	dt_internacao	DATE			Campo essencial se campo Ocorreu hospitalização=1(sim) Data da Internação > = Data de primeiros sintomas	DTINTERNA
38. Data da alta hospitalar	dt_alta	DATE		Data em que o paciente teve alta hospitalar e retornou ao domicílio	Campo essencial se campo Ocorreu hospitalização=1(sim) Data da alta hospitalar >= Data de Internação	DTALTA

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
39. UF de internação	co_uf_hospital	VARCHAR(2)		Informe a sigla da UF onde o paciente foi internado	Campo essencial se campo Ocorreu hospitalização=1(sim)	UF_HOSP
40. Município do Hospital	co_municipio_hospital	VARCHAR(6)		Informe Nome do município onde o paciente foi internado	Campo essencial se campo Ocorreu hospitalização=1(sim)	MUN_HOSP
41. Nome do Hospital	co_unidade_hospital	NUMBER(7)		Informe o nome do Hospital		UNID_HOSP
42. Sinais e sintomas Febre	st_sinais_febre	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Febre	Campo obrigatório	STFEBRE
42. Sinais e sintomas Náusea	st_sinais_nausea	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Náusea	Campo essencial	STNAUSEA
42. Sinais e sintomas Vômito	st_sinais_vomito	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Vômito	Campo essencial	STVOMITO
42. Sinais e sintomas Diarréia	st_sinais_diarreia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Diarréia	Campo essencial	STDIARREIA
42. Sinais e sintomas Constipação	st_sinais_constipacao	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Constipação	Campo essencial	STCONSTIPA
42. Sinais e sintomas Cefaléia	st_sinais_cefaleia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Cefaléia	Campo obrigatório	STCEFALEIA
42. Sinais e sintomas Tontura	st_sinais_tontura	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Tontura	Campo essencial	STTONTURA
42. Sinais e sintomas Visão turva	st_sinais_visao_turva	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Visão turva	Campo essencial	STVISAO
42. Sinais e sintomas Diplopia	st_sinais_diplopia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não	Informar se o paciente apresentou Diplopia	Campo essencial	STDIPLOPIA

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
			9- Ignorado	(visão dupla)		
42. Sinais e sintomas Disartria	st_sinais_disartria	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Disartria (dificuldade para falar)	Campo essencial	STDISARTRI
42. Sinais e sintomas Disfonia	st_sinais_disfonia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Disfonia (alteração da voz)	Campo obrigatório	STDISFONIA
42. Sinais e sintomas Disfagia	st_sinais_disfagia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Disfagia (dificuldade para engolir)	Campo essencial	STDISFAGIA
42. Sinais e sintomas Boca seca	st_sinais_boca_seca	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Boca seca	Campo essencial	STBOCA
42. Sinais e sintomas Ferimento	st_sinais_ferimento	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresenta algum Ferimento aberto ou em cicatrização	Campo obrigatório	STFERIMENT
42. Sinais e sintomas Flacidez de pescoço	st_sinais_flacidez_pescoço	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Flacidez de pescoço	Campo obrigatório	STFLACIDEZ
42. Sinais e sintomas Dispnéia	st_sinais_dispneia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Dispnéia	Campo obrigatório	STDISPNEIA
42. Sinais e sintomas Insuficiência respiratória	st_sinais_insufic_respiratoria	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Insuficiência respiratória	Campo obrigatório	STRESPIRA
42. Sinais e sintomas Insuficiência cardíaca	st_sinais_insuf_cardiaca	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Insuficiência cardíaca	Campo obrigatório	STCARDIACA
42. Sinais e sintomas Coma	st_sinais_coma	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente entrou em Coma	Campo essencial	STCOMA
42. Sinais e sintomas Parestesia	st_sinais_parestesia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou Parestesia e o local do corpo	Campo essencial	STPARESTES

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
42. Sinais e sintomas Parestesia (onde)	ds_sinais_parestesia_oude	VARCHAR(30)		Informar onde o paciente apresentou Parestesia	Campo essencial Se campo sinais e sintomas – paresteria for =1 (sim)	DS_PARES
42. Sinais e sintomas Outros	st_sinais_outro	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente apresentou outro(s) sinal(is) e sintoma(s) e descrever qual(is)	Campo essencial	STOUTROSIN
42. Sinais e sintomas Outros (especificar)	ds_sinais_outro	VARCHAR(30)		Especificar o outro sinal e sintoma do paciente	Campo essencial se campo sinais e sintomas (outros)=1	DS_OUTROSI
43. Exame Neurológico Ptose Palpebral	st_exame_ptose_palpebral	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Ptose palpebral	Campo obrigatório	STPTOSE
43. Exame Neurológico Oftalmoparesia / Oftalmoplegia	st_exame_ofthalmoparesia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Oftalmoparesia / Oftalmoplegia	Campo essencial	STOFTALMO
43. Exame Neurológico Midríase	st_exame_midriase	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Midríase	Campo essencial	STMIDRIASE
43. Exame Neurológico Paralisia Facial	st_exame_paralisia_facial	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Paralisia Facial	Campo essencial	STFACIAL
43. Exame Neurológico Comprometimento da Musculatura Bulbar	st_exame_musculatura_bulbar	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Comprometimento da Musculatura Bulbar	Campo essencial	STBULBAR
43. Exame Neurológico Fraqueza em Membros Superiores	st_exame_fraq_membro_sup	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Fraqueza em Membros Superiores	Campo obrigatório	STMEMSUP
43. Exame Neurológico Fraqueza em Membros Inferiores	st_exame_fraq_membro_inf	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Fraqueza em Membros	Campo obrigatório	STMEMINF

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				Inferiores		
43. Exame Neurológico Fraqueza Descendente	st_exame_fraq_descendente	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Fraqueza Descendente	Campo obrigatório	STDESCENDE
43. Exame Neurológico Fraqueza Simétrica	st_exame_fraq_simetrica	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Fraqueza Simétrica	Campo obrigatório	STSIMETRIC
43. Exame Neurológico Alterações de Sensibilidade	st_exame_altera_sensibilidade	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o exame neurológico apresentou Alterações de Sensibilidade	Campo essencial	STSENSIVEL
44. Reflexos Neurológicos	tp_reflexo_neurologico	VARCHAR(1)	1 – Normais 2 – Aumentados 3 – Reduzidos/ Ausentes 9 – Ignorado	Informar os reflexos neurológicos do paciente	Campo essencial	TPNEURO
45. Suspeita de transmissão alimentar ?	st_transmissao_alimentar	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o caso de botulismo é de suspeita de origem alimentar	Campo obrigatório Se campo =(2) ou (9) ,pular para campo (Tratamento)	STALIMENTO
46. Se sim, qual alimento suspeito	ds_alimento_suspeito	VARCHAR(30)		Se o caso for de origem alimentar, informar qual foi o alimento suspeito	Campo obrigatório somente se campo Suspeita de Transmissão alimentar = (1) Sim	DSALIMENTO
47. Produção do alimento suspeito Industrial/ Comercial	st_alimento_industrial	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o alimento suspeito é comercializado e/ou produzido em indústria alimentícia	Campo obrigatório se campo Suspeita de Transmissão Alimentar = 1 Se campo diferente de 1, desabilitar o campo Se Industrial/Comercial, especificar marca, data de validade e lote	STCOMERCIO
47. Produção do alimento	st_alimento_caseira	VARCHAR(1)	1- Sim	Informar se o alimento é	Campo obrigatório	STCASEIRA

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
suspeito Caseira			2- Não 9- Ignorado	produzido de forma artesanal	se campo Suspeita de Transmissão Alimentar = 1 Se campo diferente de 1 Simular para campo Exposição ao alimento	
48. Se Industrial/ Comercial, especificar marca, data de validade e lote	ds_alimento_industrial	VARCHAR(30)		Informar o nome comercial, nome da empresa produtora, data de validade e lote do alimento industrial suspeito	Campo essencial	DS_INDUS
49. Exposição ao alimento	tp_exposicao_alimento	VARCHAR(1)	1- Única 2- Múltipla 9- Ignorado	Informar se o paciente ingeriu o alimento suspeito somente uma vez (exposição única).	Campo essencial Se campo = (1) Única, pular para campo (Se única, tempo decorrido entre ingestão e início dos sintomas) se campo = (2) Múltipla, pular para campo (Se múltipla tempo decorrido entre a primeira ingestão e início dos sintomas) se campo =(9) Ignorado, pular para campo (Local da ingestão)	STEXPALIM
50. Se única, tempo decorrido entre ingestão e início dos sintomas	ds_hr_unica_ingest_sintoma	VARCHAR(4)		Informar o tempo (em horas) decorrido entre ingestão do alimento suspeito e início dos sintomas Ex.: Hora da ingestão – Hora início dos sintomas	Campo essencial se campo exposição ao alimento=1(única)	DS_INGEST
51. Se múltipla, tempo decorrido entre a primeira ingestão e início dos sintomas	ds_hr_multi_ini_ingest_sintoma	VARCHAR(4)		Informar o tempo decorrido entre a 1ª ingestão do alimento suspeito e início dos	Campo essencial se campo exposição ao alimento=2(múltipla)	DS_INI_GES

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				sintomas Ex.: Hora da 1ª ingestão – Hora início dos sintomas		
52. Se múltipla, tempo decorrido entre a última ingestão e início dos sintomas	ds_hr_multi_fim_ingest_sintoma	VARCHAR(4)		Informar o tempo decorrido entre a última ingestão do alimento suspeito e início dos sintomas Ex.: Hora da última ingestão – Hora início dos sintomas	Campo essencial se campo exposição ao alimento=2(múltipla)	DS_FIM_GES
53. Local da ingestão Domicílio	st_local_domicilio	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi no domicílio do paciente	Campo obrigatório se campo Suspeita de Transmissão Alimentar = 1 Apenas um dos campos LOCAL DE INGESTÃO deve ser informado com 1	STDOMICILI
53. Local da ingestão Creche/ escola	st_local_creche	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi em creche ou escola	Campo obrigatório se campo Suspeita de Transmissão Alimentar = 1 Apenas um dos campos LOCAL DE INGESTÃO deve ser informado com 1	STESCOLA
53. Local da ingestão Trabalho	st_local_trabalho	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi no trabalho	Campo obrigatório se campo Suspeita de Transmissão Alimentar = 1 Apenas um dos campos LOCAL DE INGESTÃO deve ser informado com 1	STTRABALHO

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
53. Local da ingestão Restaurante/ Bar/ Lanchonete	st_local_restaurante	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi em restaurante, bar e/ou lanchonete	Campo obrigatório se campo Suspeita de Transmissão Alimentar = 1 Apenas um dos campos LOCAL DE INGESTÃO deve ser informado com 1	STRESTAURA
53. Local da ingestão Festa	st_local_festa	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi em uma festa	Campo obrigatório se campo Suspeita de Transmissão Alimentar = 1 Apenas um dos campos LOCAL DE INGESTÃO deve ser informado com 1	STFESTA
53. Local da ingestão Outro	st_local_outro	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Caso a ingestão do alimento suspeito não se enquadre em nenhuma das alternativas anteriores, marcar "Outro"	Campo obrigatório se campo Suspeita de Transmissão Alimentar = 1 Apenas um dos campos LOCAL DE INGESTÃO deve ser informado com 1	STOUTROLOC
53. Local da ingestão Se outro, especificar	ds_local_outro	VARCHAR(30)		Especificar o local da ingestão do alimento suspeito	Campo obrigatório Se Local da Ingestão Outro = 1 (Sim)	DS_OUTR_LO
54. UF	co_uf_ingestao	VARCHAR(2)		Unidade Federada da ingestão do alimento suspeito	Campo essencial se campo suspeita de transmissão alimentar=1(sim)	UF_ING
55. Município onde ingeriu o alimento suspeito	co_municipio_ingestao	VARCHAR(6)		Município da ingestão do alimento suspeito e código do IBGE		MUN_ING

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
56. Número de pessoas (comensais) que consumiram o alimento suspeito	nu_pessoa_consume_alimento	NUMBER(4)		Informar o número de pessoas que ingeriu o alimento suspeito de ter causado botulismo	Campo essencial se campo suspeita de transmissão alimentar=1(sim)	NUCONSOME
57. Tratamento Assistência ventilatória	st_trata_ventilatoria	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente necessitou de assistência ventilatória (ventilação mecânica)	Campo obrigatório	STVENTILA
57. Tratamento Antibioticoterapia	st_trata_antibioticoterapia	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente foi tratado com antibiótico	Campo obrigatório	STANTIBIO
57. Tratamento Soro antbotulínico	st_trata_soro_antibotulinico	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente foi tratado com soro antbotulínico	Campo obrigatório	STSORO
57. Tratamento outros	st_trata_outro	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se o paciente necessitou fazer outro tipo de tratamento		STOUTROTRA
57. Tratamento Se outros, especificar	ds_trata_outro	VARCHAR(30)		Descrever outro tipo de tratamento feito no paciente (ex. traqueostomia)		DS_TRAT
58. Se recebeu soro antbotulínico, data da administração	dt_soro_antibotulinico	DATE		Caso o paciente tenha sido tratado com soro antbotulínico, informar a data da administração	Campo obrigatório se no campo Tratamento em categoria (Tratamento Soro antbotulínico) = (1) Sim Data deve ser > = Data dos primeiros sintomas	DTSORO
59. Se recebeu soro antbotulínico, foi após a coleta do material clínico ?	st_antibotulinico_coleta	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Caso o paciente tenha sido tratado com soro antbotulínico, informar se a administração do soro foi posterior a coleta de material clínico do paciente	Campo obrigatório se no campo Tratamento em categoria (Tratamento Soro antbotulínico) = (1) Sim	STANTIBOTU

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
60. Coletou material ? Material coletado Soro	st_botuli_soro_coletado	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se foi coletado soro do paciente	Campo obrigatório	STSROMAT
60. Data da coleta Soro	dt_botuli_soro_coleta	DATE		Informar a data da coleta do soro do paciente	Campo obrigatório se campo Material Coletado Soro = 1	DTSOROCOL
60. Resultado Soro	st_botuli_soro_resultado	VARCHAR(1)	1- Presença de toxina 2- Ausência de toxina 3- Inconclusivo 4- Não realizado	Informar o resultado da análise do soro do paciente	Campo essencial se campo Material Coletado Soro = 1	STSRORES
60. Tipo de Toxina Soro	tp_botuli_soro_toxina	VARCHAR(1)	1- A 2- B 3- AB 4- E 5- F 6- G 7- Outra 9- Ign	Se houver presença de toxina no soro, informar o tipo de toxina botulínica	Campo essencial se campo Material Coletado Soro = 1	TPSOROTOX
60. Coletou Material ? Material coletado Fezes	st_botuli_fezes_coletado	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se foi coletado fezes do paciente	Campo obrigatório	STFEZESMAT
60. Data da coleta Fezes	dt_botuli_fezes_coleta	DATE		Informar a data da coleta das fezes do paciente	Campo obrigatório se campo (Material Coletado Fezes) = (1) Sim	DTFEZESCOL
60. Resultado Fezes	st_botuli_fezes_resultado	VARCHAR(1)	1- Presença de toxina 2- Ausência de toxina 3- Inconclusivo 4- Não realizado	Informar o resultado da análise das fezes do paciente	Campo essencial se campo (Material Coletado Fezes) = (1) Sim	STFEZESRES
60. Tipo de Toxina	tp_botuli_fezes_toxina	VARCHAR(1)	1- A	Se houver presença de	Campo essencial	TPFEZESTOX

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Fezes			2- B 3- AB 4- E 5- F 6- G 7- Outra 9- Ign	toxina nas fezes, informar o tipo de toxina botulínica	se campo (Material Coletado Fezes) = (1) Sim	
60. Coletou Material ? Material coletado Alimento 1	st_botuli_alimento1_coletado	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se foi coletado alimento suspeito 1 para análise	Campo essencial	ST_ALI1COL
60. Material coletado Especificar Alimento 1	ds_botuli_alimento1_outro	VARCHAR(30)		Especificar alimento suspeito 1 encaminhado para análise	Campo essencial se campo Coletou Material ? Material coletado(Alimento)=1(sim)	DS_ALI1OUT
60. Data da coleta Alimento 1	dt_botuli_alimento1_coleta	DATE		Informar a data da coleta do alimento 1	Campo obrigatório se campo Coletou Material ? Material coletado(Alimento)=1(sim)	DT_ALI1COL
60. Resultado Alimento 1	st_botuli_alimento1_resultado	VARCHAR(1)	1- Presença de toxina 2- Ausência de toxina 3- Inconclusivo 4- Não realizado	Informar o resultado da análise do alimento 1	Campo essencial se campo Coletou Material ? Material coletado(Alimento 1)=1(sim)	RESALIM1
60. Tipo de Toxina Alimento 1	tp_botuli_alimento1_toxina	VARCHAR(1)	1- A 2- B 3- AB 4- E 5- F 6- G 7- Outra 9- Ign	Se houver presença de toxina no alimento 1, informar o tipo de toxina botulínica	Campo essencial se campo Coletou Material ? Material coletado(Alimento 1)=1(sim)	TP_ALI1TOX

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
60. Coletou Material? Material coletado Alimento 2	st_botuli_alimento2_coletado	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se foi coletado alimento suspeito 2 para análise	Campo essencial	ST_ALI2COL
60. Material coletado Especificar Alimento 2	ds_botuli_alimento2_outro	VARCHAR(30)		Especificar alimento suspeito 2 encaminhado para análise	Campo essencial se campo Coletou Material ? Material coletado(Alimento 2)=1(sim)	DS_ALI2OUT
60. Data da coleta Alimento 2	dt_botuli_alimento2_coleta	DATE		Informar a data da coleta do alimento 2	Campo obrigatório se campo Coletou Material ? Material coletado(Alimento 2)=1(sim)	DT_ALI2COL
60. Resultado Alimento 2	st_botuli_alimento2_resultado	VARCHAR(1)	1- Presença de toxina 2- Ausência de toxina 3- Inconclusivo 4- Não realizado	Informar o resultado da análise do alimento 2	Campo essencial se campo Coletou Material ? Material coletado(Alimento 2)=1(sim)	RESALIM2
60. Tipo de Toxina Alimento 2	tp_botuli_alimento2_toxina	VARCHAR(1)	1- A 2- B 3- AB 4- E 5- F 6- G 7- Outra 9- Ign	Se houver presença de toxina no alimento 2, informar o tipo de toxina botulínica	Campo essencial se campo Coletou Material ? Material coletado(Alimento 2)=1(sim)	TP_ALI2TO
60. Coletou Material ? Material coletado Outros	tp_botuli_coletado_outro	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar e especificar se houve coleta de outro alimento ou material clínico para pesquisa de toxina botulínica ou presença de esporos de <i>Clostridium botulinum</i>	Campo essencial	TP_COLOUT

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				(ex. lavado intestinal, lavado gástrico, vísceras, tecido de feridas)		
60. Material coletado Outros especificar	ds_botuli_outro	VARCHAR(30)		Especificar o material coletado	Campo essencial se campo Material coletado (Outros)=1(sim)	DS_OUTRO
60. Data da coleta Outro	dt_botuli_coleta_outro	DATE		Informar a data da coleta deste outro material coletado	Campo obrigatório se campo Material coletado (Outros)=1(sim)	DT_COLOUT
60. Resultado Outro	tp_botuli_resultado_outro	VARCHAR(1)	1- Presença de toxina 2- Ausência de toxina 3- Inconclusivo 4- Não realizado	Informar o resultado da análise do outro material	Campo essencial se campo Material coletado (Outros)=1(sim)	RESALIMOUT
60. Tipo de Toxina Outro	tp_botuli_toxina_outro	VARCHAR(1)	1- A 2- B 3- AB 4- E 5- F 6- G 7- Outra 9- Ign	Se houver presença de toxina, informar o tipo de toxina botulínica	Campo essencial se campo Material coletado (Outros)=1(sim)	TP_TOXOUTR
61. Exames complementares Líquor	tp_liquor	VARCHAR(1)	1 – Realizado 2 – Não Realizado	Informar se líquido foi coletado	Campo essencial Se campo= (2) Não realizado, pular para campo Eletroneuromiografia	TP_LIQUOR
62. Exames complementares Data da Coleta	dt_liquor_coleta	DATE		Informar a data da coleta do líquido		DT_LIQUOR

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
63. Exames complementares número de células/mm³	nu_liquor_celula	VARCHAR(5)		Informar o número de células/ mm ³		NU_CELULA
64. Exames complementares Proteínas mg%	nu_liquor_proteina	VARCHAR(5)		Informar o número de Proteínas mg%		NU_PROTEI
65. Exames complementares Eletroencefalografia	st_eletroencefalografia	VARCHAR(1)	1 – Realizado 2 – Não Realizado	Informar se houve exame complementar Eletroencefalografia	Campo essencial Se campo = 2 Não realizado, pular para campo Classificação final	STEELETRO
66. Exames complementares Data da realização	dt_eletroencefalografia_realizada	DATE		Informar a data do exame complementar Eletroencefalografia	Campo essencial se campo Exames complementares (Eletroencefalografia)=1 (realizado)	DTELETRO
67. Neurocondução Sensitiva	tp_eletroencefalografia_sensitiva	VARCHAR(1)	1 – Normal 2 – Diminuição de amplitude 3 – Lentificações	Informar resultado da Neurocondução Sensitiva	Campo essencial se campo Exames complementares (Eletroencefalografia)=1 (realizado)	TP_SENSITI
68. Neurocondução Motora	tp_eletroencefalografia_motora	VARCHAR(1)	1 – Normal 2 – Diminuição de amplitude 3 – Lentificações	Informar resultado da Neurocondução Motora	Campo essencial se campo Exames complementares (Eletroencefalografia)=1 (realizado)	TP_MOTORA
69. Estimulação repetitiva	tp_eletroencefalografia_repetitiva	VARCHAR(1)	1 – Normal 2 – Decremento (freq baixa) 3 – Incremento (freq alta)	Informar resultado da Estimulação repetitiva	Campo essencial se campo Exames complementares (Eletroencefalografia)=1 (realizado)	TP_REPETE

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
70. Classificação final	tp_classificacao_final	VARCHAR(1)	1- Confirmado 2- Descartado (especificar outro agente)	Informar se o caso foi confirmado ou descartado	Campo obrigatório quando o campo data de encerramento estiver preenchido Se campo = 1 Confirmado, pular para campo (Critério de Confirmação/Descarte)	CLASSI_FIN
70. Se descartado, (especificar outro agente)	ds_classificacao_final	VARCHAR(30)		Especificar outro agente se descartado	Campo essencial se campo Classificação final =2(descartado)	AGENTE_OUT
71. Critério de confirmação/descarte	tp_criterio_confirmacao	VARCHAR(1)	1- Laboratorial 2- Clínico-epidemiológico	Informar o critério em que o caso foi confirmado ou descartado	Campo essencial se campo Classificação final Estiver preenchido	CRITERIO
72. Forma de botulismo	tp_botulismo	VARCHAR(1)	1- Alimentar 2- Intestinal 3- Por fermento 4- Outra	Em confirmação do caso de botulismo, informar a forma de transmissão do Botulismo	Campo obrigatório se campo Classificação Final = 1 Se campo diferente 1 Alimentar, desabilitar o campo Qual a causa/Alimento incriminado/Alimento potencialmente suspeito	TPBOTULISM
73. Presença de toxina botulínica na amostra -Clínica	st_butolinica_clinica	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Informar se houve isolamento de toxina botulínica na amostra clínica	Campo essencial Se campo = (2), (9), pular para (Doença relacionada ao trabalho)	STCLINICA
73. Presença de toxina botulínica na amostra	st_butolinica_bromatologica	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não	Informar se houve isolamento de toxina	Campo essencial	STBROMATO

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
Bromatológica			9- Ignorado	botulínica na amostra bromatológica	Se campo = (2), (9), pular para (Doença relacionada ao trabalho)	
74. Tipo de toxina isolada na amostra Clínica	tp_tox_isolada_clinica	VARCHAR(1)	1- A 2- B 3- AB 4- E 5- F 6- G 7- Outra 9- Ignorado	Se houver presença de toxina, informar o tipo de toxina botulínica na amostra clínica	Campo essencial Desabilitado se campo 67 (Classificação Final) for = 1 e campo 71 (Critério de Confirmação) for = 2 ou campo 67 (Classificação Final) for = 2. Desabilitado se campo 73 (Presença de toxina botulínica na amostra – Clínica) for diferente de 1.	TPCLINICA
74. Tipo de toxina isolada na amostra Bromatológica	tp_tox_isolada_bromatologica	VARCHAR(1)	1- A 2- B 3- AB 4- E 5- F 6- G 7- Outra 9- Ignorado	Se houver presença de toxina, informar o tipo de toxina botulínica na amostra bromatológica	Campo essencial Se campo (Classificação Final = 1 Confirmado e Critério de Confirmação = 2 Clínico Epidemiológico or (Classificação Final = 2 Descartado), desabilitar esse campo Tipo de toxina isolada na amostra Bromatológica Se campo Presença de toxina botulínica na amostra – Bromatológica diferente de 1 desabilitar campo	TPBROMATO
75. Qual a causa/ alimento incriminado/ alimento potencialmente suspeito	ds_causa	VARCHAR(30)		Informar a causa do botulismo (ex. fermento) e/ou especificar o alimento incriminado e/ou alimento potencialmente	Campo essencial	DSCAUSALIM

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				suspeito		
76. Doença relacionada ao trabalho	st_doenca_trabalho	VARCHAR(1)	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	Se o paciente adquiriu a doença em decorrência das condições/ situação do trabalho.		DOENCA_TRA
77. Evolução do Caso	tp_evolucao_caso	VARCHAR(1)	1- Cura 2- Óbito por botulismo 3- Óbito por outras causas 9- Ignorado	Informar a evolução do caso	Campo essencial Se campo = 1 ou 9, pular para campo (Data do encerramento) Não permitir categoria 2 se Classificação Final for diferente de 1.	EVOLUCAO
78. Data do óbito	dt_obito	DATE		Em caso de óbito, informar a data do óbito	Campo essencial se campo Evolução do caso=2(óbito por botulismo) ou 3(óbito por outras causas) Data de Óbito deve ser maior ou igual à Data dos 1º Sintomas	DT_OBITO
79. Data do encerramento	dt_encerramento	DATE		Informar a data de encerramento da investigação do caso. Lembrar que é necessário o acompanhamento do paciente até ele receber alta médica	Campo obrigatório quando campo (Classificação final) estiver preenchido. Data de Encerramento deve ser maior ou igual a Data de investigação	DT_ENCERRA
Informações complementares e observações Tipo de alimento 1	ds_tp_alimento_1	VARCHAR(30)		Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores do início dos sintomas	Campo essencial	DS_ALI1

Nome	Campo	Tipo	Categoria	Descrição	Características	DBF
				Tipo de alimento 1		
Informações Complementares e observações Tipo de alimento 2	ds_tp_alimento_2	VARCHAR(30)		Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores do início dos sintomas Tipo de alimento 2	Campo essencial	DS_ALI2
Informações Complementares e observações Local de consumo 1	ds_local_consumo_1	VARCHAR(30)		Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores do início dos sintomas Local de consumo 1	Campo essencial	DS_LOCAL1
Informações Complementares e observações Local de consumo 2	ds_local_consumo_2	VARCHAR(30)		Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores do início dos sintomas Local de consumo 2	Campo essencial	DS_LOCAL2
Informações complementares e observações adicionais	ds_observacao	VARCHAR(255)		Informações adicionais a respeito do caso	Campo essencial Informações disponíveis no sistema e visualizadas com o aplicativo Sinan	Não é exportada Disponível ao consultar cada registro pelo aplicativo Sinan NET